**Konkurs na wykonywanie usługi badań w zakresie diagnostyki obrazowej i badań bakteriologicznych dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.**

Załącznik nr 4

.......................................................

pieczęć oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.

2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.

3. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

4. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu badań z wyjątkiem personelu Zleceniobiorcy świadczącego usługi na rzecz Zleceniobiorcy na podstawie umów cywilnoprawnych.

5. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).

6. Wymienione w ofercie, projekcie umowy i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.

7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

................................................... ..........................................

miejscowość i data (podpis i pieczątka oferenta)